

PENGARUH PEMBERDAYAAN MASYARAKAT TERHADAP PERAWATAN KLIEN ISOLASI SOSIAL

**Thika Marlina^{1,2*}, Desi Pramujiwati², Jamiatun², Lia Octavia², Rifki Heryandi², Karuni Dianita Islami²,
Yeni Safitri²**

¹Center For Family and Ageing Studies, Universitas Respati Indonesia, Jl. Bambu Apus 1. No. 3 Cipayung,
Jakarta Timur 13890, Indonesia

²Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Respati Indonesia, Jl. Bambu Apus 1.
No. 3 Cipayung, Jakarta Timur 13890, Indonesia

*perawathika@yahoo.co.id

ABSTRAK

Jumlah klien gangguan jiwa yang ditemukan setelah pelaksanaan pengabdian masyarakat deteksi masalah kesehatan jiwa di Kecamatan Cipayung Jakarta Timur sebanyak 49 orang (0,40%), angka ini lebih besar daripada prevalensi gangguan jiwa di DKI Jakarta yang hanya sebesar 0,22%. Klien gangguan jiwa yang di temukan di RW 01, 08, 09 sejumlah 9 orang, seluruhnya mengalami isolasi sosial. Isolasi Sosial adalah salah satu gejala negatif dari Skizofrenia. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberdayaan masyarakat terhadap kemampuan perawatan isolasi sosial. Desain yang digunakan dengan case series. Intervensi yang berikan selama 3 bulan dengan melatih tenaga kesehatan, kader, keluarga terlebih dahulu kemudian komponen tersebut melatih pasien dengan isolasi sosial. Hasil yang ditemukan, tindakan spesialis keperawatan jiwa tersebut dapat meningkatkan kemampuan dan menurunkan tanda gejala klien isolasi sosial dengan diagnosa medis skizofrenia dan epilepsi, namun kurang efektif bagi klien retardasi mental. Berdasarkan hasil di atas perlu direkomendasikan bahwa SST, ST, dan SHG dapat dijadikan standar tindakan spesialis keperawatan jiwa yang dapat dilanjutkan di puskesmas dengan pendampingan konsultan kesehatan jiwa bekerjasama dengan institusi pendidikan.

Kata kunci: isolasi sosial; social skill training; self help group; supportive therapy

THE EFFECT OF COMMUNITY EMPOWERMENT ON SOCIAL ISOLATION CLIENT CARE

ABSTRACT

The number of clients with mental disorders found after the implementation of community service for detecting mental health problems in Cipayung District, East Jakarta was 49 people (0.40%), this number was greater than the prevalence of mental disorders in DKI Jakarta which was only 0.22%. Clients with mental disorders who were found in RW 01, 08, 09 numbered 9 people, all of them experienced social isolation. Social Isolation is one of the negative symptoms of Schizophrenia. The purpose of this study was to determine the effect of community empowerment on the ability to care for social isolation. Design used with case series. The intervention is provided for 3 months by training health workers, cadres, families first then the component trains patients with social isolation. The results found, the psychiatric nursing specialist's actions can increase the ability and reduce the signs of symptoms of social isolation clients with medical diagnoses of schizophrenia and epilepsy, but are less effective for clients with mental retardation. Based on the results above, it should be recommended that SST, ST, and SHG can be used as standards for psychiatric nursing specialist actions that can be continued at the puskesmas with the assistance of mental health consultants in collaboration with educational institutions.

Keywords: social isolation, social skill training, supportive therapy, self help group

PENDAHULUAN

Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (UU No 18 tahun 2014 tentang Keseahtan Jiwa). Kesehatan jiwa menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2001 yaitu kondisi sejahtera dimana

individu menyadari kemampuan yang dimilikinya, dapat mengatasi stress dalam kehidupannya, dapat bekerja secara produktif dan mempunyai kontribusi dalam kehidupan bermasyarakat. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 dari Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kemenkes Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2008), prevalensi gangguan mental emosional seperti gangguan kecemasan dan depresi sebesar 9,8% dari populasi orang dewasa. Prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 0,67 %. Prevalensi gangguan jiwa berat di DKI Jakarta sebesar 0,22 % dan Jakarta Timur memiliki prevalensi tertinggi di DKI Jakarta.

Penduduk Jakarta Timur dengan percontohan penembangan kader kesehatan jiwa binaan Universitas Respati Indonesia berada di Kecamatan Cipayung sejumlah 18.529 penduduk, ditemukan 49 orang yang mengalami gangguan jiwa berat dan berhasil dirawat di masyarakat sebanyak 45 orang. Hal ini menunjukkan prevalensi gangguan jiwa di Kelurahan Cipayung sebesar 0,40% atau lebih besar dari prevalensi gangguan jiwa berat di DKI Jakarta sebesar 0,22%. Masalah keperawatan pada klien gangguan jiwa yaitu halusinasi, harga diri rendah, isolasi sosial, waham, resiko bunuh diri, perilaku kekerasan/risiko perilaku kekerasan dan isolasi sosial. Dari tujuh masalah keperawatan tersebut yang paling sering ditemukan adalah masalah isolasi sosial, menempati urutan kedua sebagai kasus terbesar, sebanyak 25 orang (55,6%) setelah diagnosa halusinasi sebanyak 28 orang (62,2%). Peneliti melakukan manajemen asuhan keperawatan pada klien dengan isolasi sosial dengan pendekatan CMHN di RW 01, 08, dan 09 sejumlah 9 orang..

Tindakan keperawatan yang tepat, di tatanan masyarakat sangat diperlukan dalam mengatasi masalah isolasi sosial ini. Tindakan yang sudah dikembangkan dalam mengatasi isolasi sosial ini terdiri dari tindakan keperawatan generalis dan spesialis. Tindakan keperawatan generalis yang dilakukan yaitu klien diajarkan dan dilatih untuk mengenali penyebab isolasi sosial, keuntungan dan kerugian bersosialisasi serta cara berkenalan secara bertahap. Tindakan keperawatan spesialis yang tepat dan dapat dilakukan untuk klien dengan isolasi sosial antara lain adalah *social skill training*, terapi suportif, terapi kelompok swabantu dan terapi psiko edukasi keluarga. Tindakan keperawatan tersebut juga meningkatkan kemampuan klien dalam bersosialisasi serta menurunkan tanda dan gejala isolasi sosial. Melalui kerjasama Universitas Respati Indonesia dengan Kecamatan Cipayung telah dilaksanakan pelatihan deteksi dini kesehatan jiwa yang melibatkan tenaga kesehatan, kader, tokoh masyarakat, keluarga dan klien dengan isolasi sosial. Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberdayaan masyarakat terhadap kemampuan perawatan klien isolasi sosial.

TINJAUAN PUSTAKA

Skizofrenia merupakan salah satu diagnosa medis dari gangguan jiwa yang paling banyak ditemukan dan merupakan gangguan jiwa berat. Menurut PPDGJ III (tahun 2003) bahwa Skizofrenia termasuk salah satu gangguan jiwa, diagnosa lain yang termasuk dalam gangguan jiwa adalah gangguan mental organik, gangguan mood dan afektif, gangguan neurotik, gangguan kepribadian, retardasi mental, gangguan perkembangan psikologis dan gangguan perilaku dan emosional. Menurut Ely Lilly dalam Stuart dan Laraia, (2005) tanda dan gejala dari skizofrenia dibagi dalam empat dimensi utama yaitu gejala positif, gejala negatif, gejala kognitif dan gejala depresi atau perubahan mood.

Berdasarkan gejala-gejala negatif, kognitif dan depresi tersebut dapat dikatakan bahwa klien yang mengalami gangguan jiwa berat atau skizofrenia beresiko untuk mengalami isolasi sosial. Isolasi sosial adalah perasaan kesendirian yang dialami oleh individu yang dianggap

disebabkan oleh oranglain dan dinilai sebagai situasi yang negatif atau mengancam (NANDA, 2012). Isolasi sosial merupakan upaya klien untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menarik diri secara fisik maupun psikis, menghindari hubungan dengan orang lain maupun komunikasi dengan orang lain sebagai proses pertahanan diri seseorang terhadap orang lain maupun lingkungan (Dalami dkk, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Renidayati (2008) tentang pengaruh *Social Skills Training* pada klien isolasi sosial menunjukkan hasil penelitian berupa peningkatan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku pada kelompok yang mengikuti *Social Skills Training* dan yang tidak mengikuti *Social Skills Training*, dimana pada kelompok yang mengikuti SST mengalami peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku yang lebih tinggi dibandingkan kelompok yang tidak mengikuti SST.

METODE

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan *case series* yang merupakan studi epidemiologi deskriptif tentang serangkaian kasus, yang berguna untuk mendeskripsikan spektrum penyakit, manifestasi perjalanan klinis, dan prognosis kasus. Responden berjumlah 9 orang klien gangguan jiwa (4 skizofrenia, 1 retardasi mental dan 4 epilepsi) dengan isolasi sosial yang ada di komunitas. Peneliti memberikan tiga paket terapi spesialis keperawatan jiwa yang dibantu oleh enumerator untuk mengamati dan observasi keberhasilan terapi. Paket terapi yang pertama adalah tindakan keperawatan generalis (klien dan keluarga) dan *social skill training*. Paket terapi yang kedua adalah tindakan keperawatan generalis (klien dan keluarga) dan *social skill training* dikombinasi dengan supportif therapy. Paket terapi yang ketiga adalah tindakan keperawatan generalis (klien dan keluarga) dan *social skill training* dikombinasi dengan supportif therapy dan self help group therapy.

HASIL

Persentase terbesar jenis kelamin klien adalah laki-laki, yaitu 5 orang klien (55,5%) yang terdiri dari 2 orang klien (22,2%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 2 orang klien (22,2%) epilepsi. Usia klien yang mengalami isolasi sosial terbanyak adalah 21-40 tahun, yaitu 4 orang klien (44,4%), yang terdiri dari 2 orang klien (22,2%) skizofrenia dan 2 orang klien (22,2%) epilepsi. Sebagian besar klien belum menikah, yaitu 6 orang klien (66,6%), yaitu 2 orang klien (22,2%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental, dan 3 orang (33,3%) epilepsi. Sebagian besar klien berpendidikan menengah (SMP) dan pendidikan tinggi (Sarjana), yaitu sebanyak 6 orang klien (66,6%), yang terdiri dari 4 orang klien (44,4%) skizofrenia dan 2 orang klien (22,2%) epilepsi. Klien tidak bekerja sebanyak 6 orang klien (66,6%), yaitu 1 orang klien (11,1%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 4 orang klien (44,4%) epilepsi. Lama menderita sakit > 10 tahun, sebanyak 6 orang klien (66,6%), yang terdiri dari 3 orang klien (33,3%) skizofrenia, 1 orang (11,1%) klien retardasi mental dan 2 orang klien (22,2%) epilepsi, dan sebanyak 7 orang klien (77,7%) dirawat selama 3 bulan, yaitu 3 orang klien (33,3%) skizofrenia, dan 4 orang klien (44,4%) epilepsi. Tingkat kemandirian sebelum terapi sebanyak 5 orang klien (55,5%) total care, terdiri dari 3 orang (33,3%) skizofrenia, 1 orang (11,1%) RM, dan 1 orang (11,1%) epilepsi. Mayoritas klien beragama Islam sebanyak 7 orang (77,7%). Sejumlah 7 orang (77,7%) klien mampu berbahasa Indonesia, sisanya 2 orang (22,2%) tidak dapat berbahasa Indonesia karena lebih fasih menggunakan bahasa sunda 1 orang (11,1%) dan 1 orang lagi (11,1%) klien menolak berbahasa Indonesia melainkan menggunakan bahasa Inggris lebih dominan.

Faktor predisposisi pada pengkajian aspek biologis didapatkan hasil bahwa masalah isolasi sosial terbanyak disebabkan oleh faktor penyakit fisik yang dialami oleh 6 orang klien (66,6%), yang terdiri dari 1 orang klien (11,1%), 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 4 orang klien (44,4%) epilepsi dan ada 2 orang klien (22,2%) dengan diagnosis medis skizofrenia yang disebabkan karena riwayat penggunaan napza. Predisposisi pada aspek psikologis, seluruh klien yang mengalami masalah isolasi sosial memiliki masalah dengan kepribadian tertutup dan hambatan komunikasi secara verbal, yaitu ketidakmampuan mengungkapkan keinginan dengan baik yaitu 9 orang terdiri dari 4 orang klien (44,4%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 4 orang klien (44,4%) epilepsi. Faktor penyebab sosio kultural yaitu terkait dengan masalah perekonomian yaitu kondisi tidak bekerja maupun diberhentikan dari pekerjaan sebanyak 9 orang (100%), terdiri dari 4 orang klien (44,4%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 4 orang klien lagi (44,4%) epilepsi, dan sebanyak 5 orang klien berada dalam status ekonomi rendah (55,5%), yaitu 1 orang klien (11,1%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental, dan 3 orang (33,3%) epilepsi .

Stressor presipitasi biologis sebagian besar berupa riwayat putus obat sebanyak 6 orang klien (66,6%), terdiri dari 3 orang klien (33,3%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) dan 2 orang klien (22,2%) epilepsi. Pada stresor psikologis seluruh klien disebabkan karena kurang motivasi dan tidak mampu mengungkapkan keinginan yaitu sebanyak 9 orang klien (100%), yaitu 4 orang klien (44,4%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 4 orang klien (44,4%) epilepsi. Stresor sosio kultural sebagian besar karena adanya konflik keluarga yaitu sebanyak 8 orang klien (88,9%), yaitu 4 orang klien (44,4%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 3 orang klien (33,3%) epilepsi.

Respon kognitif klien adalah tidak tahu cara bersosialisasi yaitu sebanyak 9 orang klien (1000%), terdiri dari 4 orang klien (44,4%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 4 orang klien (44,4%) epilepsi. Respon afektif sebagian besar klien yaitu merasa tidak ada motivasi bersosialisasi sebanyak 9 orang (100%), terdiri dari 4 orang klien (44,4%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 4 orang klien (44,4%) epilepsi. Respon fisiologis yang ditunjukkan oleh klien isolasi sosial sebagian besar yaitu adanya kelelahan, kelemahan dan keletihan sebanyak 9 orang klien (100%), terdiri dari 4 orang klien (44,4%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 4 orang klien (44,4%) epilepsi serta adanya perubahan posisi duduk membungkuk dan posisi tidur janin sebanyak 5 orang klien (55,5%), yaitu 2 orang klien (22,2%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 2 orang klien (22,2%) epilepsi. Respon perilaku berupa tidak ada kontak mata sebanyak 7 orang klien (77,7%), yaitu 3 orang klien (33,3%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 3 orang klien (33,3%) epilepsi, serta bicara kadang blocking sebanyak 6 orang klien (66,6%), yaitu 2 orang klien (22,2%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 3 orang klien (33,3%) epilepsi. Respon sosial yang dilakukan oleh sebagian besar klien isolasi sosial adalah dengan menghindari orang lain yaitu sebanyak 8 orang (88,9%), terdiri dari 4 orang klien (44,4%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 3 orang klien (33,3%) epilepsi.

Kemampuan klien, berupa ketidakmampuan klien isolasi sosial untuk bersosialisasi secara bertahap, menggunakan sikap tubuh yang baik saat interaksi, menyampaikan pujian dan menerima kritikan, serta menghadapi situasi sulit dalam bersosialisasi yaitu sebanyak 9 orang klien (100%), terdiri dari 4 orang klien (44,4%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 4 orang klien (44,4%) epilepsi. Keyakinan positif yang dimiliki oleh klien dengan

isolasi sosial adalah keyakinan tentang kesembuhan, keyakinan terhadap tenaga kesehatan dan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan. Pada awal pengkajian seluruh klien tidak yakin akan sembuh, mereka terdiri dari 4 orang klien (44,4%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 4 orang klien (44,4%) epilepsi. Dukungan yang didapatkan klien isolasi sosial berasal dari keluarga dan kelompok. Sebanyak 8 orang klien (88,0%) tidak mendapat dukungan keluarga dalam melakukan sosialisasi, terdiri dari 4 orang klien (44,4%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 3 orang klien (33,3%) epilepsi; dan sebanyak 8 orang klien (88,9%), yaitu 4 orang klien (44,4%) skizofrenia, 1 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 3 orang klien (33,3%) epilepsi, tidak mendapat dukungan dari kelompok untuk melakukan kegiatan sosialisasi seperti dikucilkan, di olok-olok, dan tidak diberi bantuan saat klien kambuh di jalan (untuk kondisi epilepsi).

Tabel 1.

Distribusi Hasil Evaluasi Respon terhadap Stressor Pre dan Post Terapi Keperawatan Klien Skizofrenia dengan Isolasi sosial

No	Respon terhadap Stressor	<i>Social skill training(n=4)</i>				<i>Social skill training Supportif Theraphy (n=4)</i>				<i>Social skill training Supportif Theraphy Self Help Group (n=3)</i>			
		Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%
1	Respon Kognitif												
	Tidak mampu mengambil keputusan	3	0	3	100	4	1	3	75	3	0	3	100
	Tidak tahu cara bersosialisasi	4	0	4	100	3	0	3	100	2	0	2	100
2	Respon Afektif												
	Perasaan negatif terhadap diri	3	1	2	66,7	3	1	2	66,7	1	0	1	100
	Sedih	4	1	3	75	3	0	3	100	2	0	2	100
	Merasa tidak mampu bersosialisasi	3	1	2	66,7	4	1	3	75	2	0	2	100
	Tidak ada motivasi bersosialisasi	4	1	3	75	3	1	2	66,7	2	0	2	100
3	Respon Fisiologis												
	Lelah/letih/lemah	4	1	3	75	3	0	3	100	2	0	2	100
	Membungkuk dan tidur posisi janin	2	1	1	50	3	0	3	100	2	0	2	100
4	Respon Perilaku												
	Bicara kadang blocking	2	1	1	50	3	1	2	66,7	2	0	2	100
	Kontak mata tidak ada	3	1	2	66,7	4	0	4	100	2	0	2	100
	Suara pelan	2	1	1	50	3	0	3	100	2	0	2	100
	Mematung	2	0	2	100	3	0	3	100	1	0	1	100
5	Respon Sosial												
	Mengurung diri	3	1	2	66,7	4	0	4	100	2	0	2	100
	Menghindar dari orang lain	4	0	4	100	2	0	2	100	0	0	0	0
	Menolak Interaksi	4	0	4	100	2	0	2	100	0	0	0	0
	MEAN	3,1	0,7	2,4	79,4	3,1	0,3	2,9	90,6	1,7	0,0	1,7	86,7

Tabel 2.
 Distribusi Hasil Evaluasi Kemampuan Klien Pre dan Post Terapi Keperawatan Klien Skizofrenia dengan Isolasi sosial

No	Kemampuan Klien	<i>Social skill training</i> (n=4)				<i>Social skill training Supportif Therapy</i> (n=4)				<i>Social skill training Supportif Therapy Self Help Group</i> (n=3)			
		Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%
1	Kemampuan klien												
	a. Tidak mampu menyebutkan penyebab, keuntungan bersosialisasi dan kerugian menarik diri	4	1	3	80	3	0	3	100	2	0	2	100
	b. Tidak mampu bersosialisasi secara bertahap	4	1	3	83,3	4	0	4	100	2	0	2	100
	c. Tidak mampu menggunakan sikap tubuh yang baik saat bersosialisasi	4	1	3	80	3	0	3	100	2	0	2	100
	d. Tidak mampu menyampaikan pendapat dan menerima kritikan	4	0	4	100	3	0	3	100	2	0	2	100
	e. Tidak mampu menghadapi situasi sulit dalam berinteraksi	4	4	0	0	1	0	1	100	0	0	0	0
2	Keyakinan positif												
	a. Tidak yakin terhadap tenaga kesehatan	4	2	2	60	3	1	2	66,7	1	0	1	100
	b. Tidak yakin akan sembuh	4	2	2	50	3	1	2	66,7	1	0	1	100
	MEAN	4,0	1,5	2,5	60,7	2,9	0,3	2,6	90,5	1,4	0,0	1,4	85,7

Berdasarkan tabel 1 dan 2 klien isolasi sosial dengan diagnosa medis skizofrenia, respon kognitif efektif meningkat dengan pemberian *Social Skill Training*(100%) dan akan lebih efektif untuk semua kemampuan dengan perpaduan *Social Skill Training, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* sebesar (100 %). Respon afektif, efektif meningkat setelah diberikan perpaduan antara terapi *Social Skill Training, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* (100%). Respon fisiologis, juga efektif meningkat setelah diberikan perpaduan antara terapi *Social Skill Training, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* (100%). Respon perilaku, efektif meningkat setelah diberikan perpaduan antara *Social Skill Training, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* (100%). Respon sosial, meningkat setelah pemberian *Social Skill Training* (100%) dan lebih efektif lagi setelah diberikan perpaduan antara terapi *Social Skill Training, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* (100%). Kemampuan klien skizofrenia juga mengalami peningkatan dengan pemberian *Social Skill Training*(63%-88%) dan lebih meningkat lagi prosentasenya

setelah diberikan perpaduan terapi *Social Skill Training, Supportif Theraphy dan Self Help Group Theraphy* yaitu sebesar 100%.

Tabel 3.
 Distribusi Hasil Evaluasi Respon terhadap Stressor Pre dan Post Terapi Keperawatan Klien Retardasi Mental dengan Isolasi sosial

No	Respon terhadap Stressor	<i>Social skill training(n=1)</i>				<i>Social skill training Supportif Theraphy(n=1)</i>				<i>Social skill training Supportif Theraphy Self Help Group(n=1)</i>			
		Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%
1	Respon Kognitif												
	Tidak mampu mengambil keputusan	1	0	1	100	1	0	1	100	1	0	1	100
	Tidak tahu cara bersosialisasi	1	0	1	100	1	0	1	100	1	0	1	100
2	Respon Afektif												
	Perasaan negatif terhadap diri	1	0	1	100	1	1	0	0	1	1	0	0
	Sedih	1	0	1	100	1	0	1	100	1	0	1	100
	Merasa tidak mampu bersosialisasi	1	0	1	100	1	0	1	100	1	0	1	100
	Tidak ada motivasi bersosialisasi	1	0	1	100	1	0	1	100	1	0	1	100
3	Respon Fisiologis												
	Lelah/letih/lemah	1	0	1	100	1	1	0	0	1	0	1	100
	Membungkuk dan tidur posisi janin	1	0	1	100	1	1	0	0	1	0	1	100
4	Respon Perilaku												
	Bicara kadang blocking	1	0	1	100	1	0	1	100	1	0	1	100
	Kontak mata tidak ada	1	0	1	100	1	0	1	100	1	0	1	100
	Suara pelan	0	1	1	0	1	0	1	100	1	0	1	100
	Mematung	0	1	1	0	1	0	1	100	1	0	1	100
5	Respon Sosial												
	Mengurung diri	1	0	1	100	1	1	0	0	1	0	1	100
	Menghindar dari orang lain	1	0	1	100	1	1	0	0	1	1	0	0
	Menolak Interaksi	1	0	1	100	1	1	0	100	1	1	0	0
	MEAN	1,0	0,0	1,0	100	1,0	0,4	0,6	66,7	1,0	0,2	0,8	80,0

Berdasarkan tabel 3 dan 4 klien isolasi sosial dengan diagnosa medis retardasi mental, respon kognitif efektif meningkat dengan pemberian *Social Skill Training* (100%) dan akan lebih efektif untuk semua kemampuan dengan perpaduan *Social Skill Training, Supportif Theraphy dan Self Help Group Theraphy* sebesar (100%). Respon afektif, efektif meningkat setelah diberikan perpaduan antara terapi *Social Skill Training, Supportif Theraphy dan Self Help Group Theraphy* (100%). Respon fisiologis, juga efektif meningkat setelah diberikan perpaduan antara terapi *Social Skill Training, Supportif Theraphy dan Self Help Group Theraphy* (100%).

Respon perilaku, efektif meningkat setelah diberikan perpaduan antara *Behaviour Theraphy, Supportif Theraphy dan Self Help Group Theraphy* (100%). Respon sosial, meningkat setelah pemberian *Social Skill Training*(100%) dan lebih efektif lagi setelah diberikan perpaduan

antara terapi *Behaviour Therapy*, *Supportif Therapy* dan *Self Help Group Therapy* (100%). Kemampuan klien retardasi mental juga mengalami peningkatan dengan pemberian *Social Skill Training*(63%-88%) dan lebih meningkat lagi prosentasenya setelah diberikan perpaduan terapi *Behaviour Therapy*, *Supportif Therapy* dan *Self Help Group Therapy* yaitu sebesar 100%.

Tabel 4.
 Distribusi Hasil Evaluasi Kemampuan Klien Pre dan Post Terapi Keperawatan Klien Retardasi Mental dengan Isolasi sosial

No	Kemampuan Klien	<i>Social skill training</i> (n=1)				<i>Social skill training Supportif Therapy</i> (n=1)				<i>Social skill training Supportif Therapy Self Help Group</i> (n=1)			
		Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%
1	Kemampuan klien												
	a. Tidak mampu menyebutkan penyebab, keuntungan bersosialisasi dan kerugian menarik diri	1	0	1	100	1	0	1	100	1	0	1	100
	b. Tidak mampu bersosialisasi secara bertahap	1	0	1	100	1	0	1	100	1	0	1	100
	c. Tidak mampu menggunakan sikap tubuh yang baik saat bersosialisasi	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
	d. Tidak mampu menyampaikan pendapat dan menerima kritikan	1	0	1	100	1	0	1	100	1	0	1	100
	e. Tidak mampu menghadapi situasi sulit dalam berinteraksi	1	0	1	100	1	0	1	100	1	0	1	100
2	Keyakinan positif												
	a. Tidak yakin terhadap tenaga kesehatan	1	0	1	100	1	0	1	100	1	0	1	100
	b. Tidak yakin akan sembuh	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
	MEAN	1,0	0,3	0,7	71,4	1,0	0,3	0,7	71,4	1,0	0,3	0,7	71,4

Berdasarkan tabel 5 dan 6 klien isolasi sosial dengan diagnosa medis epilepsi, respon kognitif, afektif, perilaku dan sosial efektif meningkat dengan pemberian terapi *Social Skill Training* (100%). Klien isolasi sosial dengan epilepsi yang hanya diberikan *Social Skill Training* hanya memiliki kemampuan sebesar 75 % untuk menyebutkan penyebab menarik diri, keuntungan dan kerugian bersosialisasi, bersosialisasi secara bertahap, menggunakan sikap tubuh saat berinteraksi, menyampaikan kritik, dan menghadapi situasi sulit dalam hubungan sosial. Kombinasi terapi *Social Skill Training* dan *Supportive Therapy* maupun kombinasi *Social Skill Training*, *Supportive Therapy* dan *Self Help Group* mampu meningkatkan kemampuan dan keyakinan positif klien isolasi sosial sebesar 100%.

Tabel 5.
 Distribusi Hasil Evaluasi Respon terhadap Stressor Pre dan Post Terapi Keperawatan Klien Epilepsi dengan Isolasi sosial

No	Respon terhadap Stressor	<i>Social skill training(n=4)</i>				<i>Social skill training Supportif Theraphy (n=4)</i>				<i>Social skill training Supportif Theraphy Self Help Group (n=3)</i>			
		Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%
1	Respon Kognitif												
	Tidak mampu mengambil keputusan	3	0	3	100	4	1	3	75	3	0	3	100
	Tidak tahu cara bersosialisasi	4	0	4	100	3	0	3	100	2	0	2	100
2	Respon Afektif												
	Perasaan negatif terhadap diri	3	1	2	66,7	3	1	2	66,7	1	0	1	100
	Sedih	4	1	3	75	3	0	3	100	2	0	2	100
	Merasa tidak mampu bersosialisasi	3	1	2	66,7	4	1	3	75	2	0	2	100
	Tidak ada motivasi bersosialisasi	4	1	3	75	3	1	2	66,7	2	0	2	100
3	Respon Fisiologis												
	Lelah/letih/lemah	4	1	3	75	3	0	3	100	2	0	2	100
	Membungkuk dan tidur posisi janin	2	1	1	50	3	0	3	100	2	0	2	100
4	Respon Perilaku												
	Bicara kadang blocking	2	1	1	50	3	1	2	66,7	2	0	2	100
	Kontak mata tidak ada	3	1	2	66,7	4	0	4	100	2	0	2	100
	Suara pelan	2	1	1	50	3	0	3	100	2	0	2	100
	Mematung	2	0	2	100	3	0	3	100	1	0	1	100
5	Respon Sosial												
	Mengurung diri	3	1	2	66,7	4	0	4	100	2	0	2	100
	Menghindar dari orang lain	4	0	4	100	2	0	2	100	0	0	0	0
	Menolak Interaksi	4	0	4	100	2	0	2	100	0	0	0	0
	MEAN	3,1	0,7	2,4	79,4	3,1	0,3	2,9	90,6	1,7	0,0	1,7	86,7

Tabel 6.
 Distribusi Hasil Evaluasi Kemampuan Klien Pre dan Post Terapi Keperawatan Klien Epilepsi dengan Isolasi sosial

No	Kemampuan Klien	<i>Social skill training(n=4)</i>				<i>Social skill training Supportif Theraphy (n=4)</i>				<i>Social skill training Supportif Theraphy Self Help Group (n=3)</i>			
		Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%
1	Kemampuan klien												
	a. Tidak mampu menyebutkan penyebab, keuntungan bersosialisasi dan kerugian menarik diri	4	1	3	75	4	0	4	100	2	0	2	100
	b. Tidak mampu bersosialisasi secara bertahap	4	1	3	75	3	0	3	100	2	0	2	100
	c. Tidak mampu menggunakan sikap tubuh yang baik saat bersosialisasi	4	0	4	100	3	0	3	100	2	0	2	100
	d. Tidak mampu menyampaikan pendapat dan menerima kritikan	4	0	4	100	3	0	3	100	2	0	2	100
	e. Tidak mampu menghadapi situasi sulit dalam berinteraksi	4	2	2	50	1	0	1	100	0	0	0	0
2	Keyakinan positif												
	a. Tidak yakin terhadap tenaga kesehatan	4	0	4	100	3	0	3	100	1	0	1	100
	b. Tidak yakin akan sembuh	4	0	4	100	3	0	3	100	2	0	2	100
	MEAN	4,0	0,6	3,4	71,4	2,9	0,0	2,9	100	1,6	0,0	1,6	85,7

PEMBAHASAN

Klien yang dirawat dengan masalah isolasi sosial sebagian besar berada pada rentang usia 21 sampai dengan 40 tahun. Menurut Erikson (2000, dalam Stuart, 2016), pada usia ini individu mulai mempertahankan hubungan saling ketergantungan, memilih pekerjaan, memilih karir, melangsungkan perkawinan. Usia tersebut merupakan usia perkembangan dewasa pertengahan, yaitu usia dimana individu mendapatkan tuntutan dari lingkungan sekitar (keluarga dan masyarakat) untuk mengaktualisasikan dirinya. Kegagalan untuk memenuhi tuntutan dari lingkungan sekitar dan melaksanakan tugas perkembangannya sering diartikan sebagai ketidakmampuan yang akan mengakibatkan perhatian hanya tertuju pada diri sendiri, perhatian pada orang lain berkurang, menyalahkan diri dan orang lain yang akhirnya ditunjukkan dengan penurunan motivasi untuk bersosialisasi.

Sebagian besar klien tidak mempunyai pekerjaan yaitu sebesar 87,8%. Banyak hal yang telah dicoba untuk dikaitkan dengan masalah isolasi sosial, salah satunya akan terkait dengan masalah status sosial. Faktor status sosial ekonomi yang rendah lebih banyak mengalami

gangguan jiwa yang menyebabkan kurangnya motivasi berhubungan sosial dibandingkan pada tingkat sosial ekonomi tinggi.

Klien sebagian besar belum menikah yaitu 6 orang klien (66.7%). Salah satu faktor predisposisi isolasi sosial, menurut Stuart (2016) adalah ketidakmampuan mengungkapkan keinginan, termasuk keinginan hidup berumah tangga. Berdasarkan pendapat ini dapat dikatakan klien merasa frustrasi dengan kondisinya yang sendiri dan merasa iri jika melihat orang pacaran dan menikah. Klien merasa malu dan marah pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Jika dikaitkan dengan usia, klien berada dalam rentang dewasa muda dimana klien mempunyai tugas perkembangan yang harus dilalui yaitu mengembangkan hubungan intim dengan lawan jenis dalam ikatan pernikahan. Tidak terpenuhinya atau kegagalan dalam memenuhi tugas perkembangan ini merupakan stresor bagi individu yang berujung pada isolasi sosial.

Stressor predisposisi biologis pada klien isolasi sosial sebagian besar karena riwayat penyakit fisik yaitu sebesar 6 orang (66,6%). Faktor biologis ini terkait dengan adanya neuropatologi dan ketidakseimbangan dari neurotransmiternya. Dampak yang dapat dinilai sebagai manifestasi adanya gangguan adalah pada perilaku menarik diri klien (Townsend, 2005). Secara biologi riset neurobiologikal memfokuskan pada tiga area otak yang dipercaya dapat melibatkan isolasi sosial yaitu sistem limbik, lobus frontalis dan hipotalamus. Kondisi lain yaitu adanya kondisi patologis dan ketidakseimbangan dari beberapa neurotransmitter. Neurotransmitter tersebut adalah dopamin, serotonin, norepineprin dan asetilkolin.

Stressor presipitasi psikologis pada klien didapatkan memiliki riwayat psikologis berupa kurang motivasi, keinginan yang tidak terpenuhi, ketidakmampuan mengungkapkan keinginan, dan kehilangan orang yang berarti. Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart (2016) bahwa faktor psikologis, yang meliputi konsep diri, intelektualitas, kepribadian, moralitas, pengalaman masa lalu, koping dan ketrampilan komunikasi secara verbal mempengaruhi perilaku seseorang dalam hubungannya dengan orang lain.

Social skill training terbukti efektif untuk meningkatkan kemampuan bersosialisasi yang ditunjukkan dengan menurunnya respon terhadap stressor dan meningkatnya kemampuan klien isolasi sosial dalam bersosialisasi khususnya dengan diagnosa medis skizofrenia dan epilepsi daripada retardasi mental. Pada klien isolasi sosial khususnya dengan diagnosa medis retardasi mental, pemberian *social skill training* juga efektif untuk meningkatkan kemampuan berhubungan sosial, yaitu dengan menurunnya respon terhadap stressor dan meningkatnya kemampuan klien isolasi sosial dalam bersosialisasi, tetapi hasil akan terlihat lebih efektif bila pemberian terapi dipadukan dengan terapi suportif dan swa bantu.

Sedangkan pada klien isolasi sosial khususnya dengan diagnosa medis epilepsi, pemberian *social skill training* cukup efektif untuk meningkatkan kemampuan bersosialisasi tetapi tidak lebih signifikan dibandingkan dengan klien isolasi sosial dengan skizofrenia. Hal ini menurut penulis, karena adanya keterbatasan kemampuan kognitif dan motorik pada klien epilepsi khususnya ketika serangan kejang datang saat terapi. Klien epilepsi mengalami keterbatasan dalam hal motorik sehingga untuk menyerap informasi dan mempraktikkannya merupakan suatu upaya yang berat dilakukan dalam jangka waktu yang singkat.

SIMPULAN

Hasil evaluasi pelaksanaan terapi menunjukkan bahwa paket terapi yang memberikan efek khususnya untuk lebih mengurangi respon terhadap stressor pada klien dengan isolasi sosial dan meningkatkan kemampuan klien untuk merawat diri adalah *Social Skill Training* (100%), *Social Skill Training* dan *Supportif Theraphy* (100%) serta *Social Skill Training*, *Supportif Theraphy* dan *Self Help Group* (100%). Dari ketiga paket terapi tersebut, paket terapi ketiga terbukti paling efektif untuk mengatasi masalah klien isolasi sosial, yaitu *Social Skill Training*, *Supportif Theraphy* dan *Self Help Group*. Sedangkan terapi untuk keluarga, terapi yang efektif untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial adalah pemberian terapi *Family Psychoeducation*, *Family Psychoeducation* dan *Supportif Theraphy* serta *Family Psychoeducation*, *Supportif Theraphy* dan *Self Help Group*. Dari ketiga paket terapi yang diberikan pada keluarga tersebut, terapi yang terbukti paling efektif untuk meningkatkan kemampuan keluarga adalah pemberian paket terapi yang ketiga, yaitu *Family Psychoeducation*, *Supportif Theraphy* dan *Self Help Group*.

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association. (2000). *Scope and Standard of Psychiatric Mental Health Nursing Practice*. Whashington, D.C: American Nurses Association.
- American Psychological Association. (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (5th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Anonim. (2008). *Self Help Group*. <http://www.minddisorder.com>.diperoleh tanggal 27 Mei 2013
- Badudu, J.S. & Zain, S. (1995). *Kamus Bahasa Indonesia*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan
- Bastaman, T. K. (2010). *Kasus Gangguan Jiwa Ringan Semakin Meningkat*. <http://www.duniapustaka.org/>. diperoleh pada tanggal 27 Mei 2013.
- Boyd, M.A. & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. USA: Lippincott Raven Publisher
- _____. (2002). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. USA: Lippincott Raven Publisher
- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing: The Nurse Patient Journey*. (2th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Chien, W.T. ; Chan, S.W.C. & Thompson, D.R. (2006). *Effects of a Mutual Support Group for Families of Chinese People with Schizophrenia : 18-Months Follow Up*. [http : //bjp.repsych.org](http://bjp.repsych.org). Diperoleh tanggal 27 Mei 2013.
- Citron, et.all. (1999). *Self Help Groups for Families of Persons with Mental Illness: Perceived Benefits of Helpfulness*. <http://www.proquest.com>. diperoleh tanggal 23 Mei 2013
- orey, G. (2003). *Teori dan Praktek Konseling dan Psikoterapi*. Bandung: Refika Aditama.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Riset Kesehatan Dasar 2007*.

- Friedman, M. M., (2003). *Family Nursing: Research, Theori & Practice*. (5nd ed). Connecticut: Appleton & Lange.
- Frisch, N.C. & Frisch, L.E. (2006) *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th Ed.). Canada: Thompson corporation
- Gillies, D.A. (1994). *Nursing Management : A System Approach*. (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Hawari, D. (2001). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*, Jakarta : FKUI
- Herdman, T. (2012). *Nursing Diagnosis : Definition & Classification 2012–2014*. Indianapolis: Willey – Balckwell.
- Hunt. (2004). *A Resource Kit for Self Help/Support Group for People Affected by An Eating Disorder*.
- Isaacs, A. (2005). *Lippincott's Review Series : Mental Health and Psychiatric Nursing* (3rd ed). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Kaplan , H.I. ; Saddock, B.J. & . Grebb,J.A. (1997). *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jilid I. (7th ed.). Jakarta : Bina Rupa Aksara. Jakarta
- _____. (2007). *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Psikiatri Klinis*. (Jilid 1). Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Keliat, B.A. (2003). *Pemberdayaan Klien dan Keluarga dalam Perawatan Klien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan di RSMM Bogor*. Disertasi. Jakarta. FKM UI. tidak dipublikasikan
- Keliat, B.A. & Akemat. (2007). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Keliat, B.A., Akemat, Susanti, H. (2011). *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran : EGC
- _____. (2011). *Manajemen Keperawatan Jiwa Komunitas Desa Siaga CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran : EGC
- _____. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Course)*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran : EGC
- _____. (2011). *Manajemen Keperawatan Psikososial & Kader Kesehatan Jiwa CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran : EGC
- Maramis, W.F. (2006). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Airlangga Universitas Press.
- Maslim, R. (2003). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III*. Direktorat Kesehatan Jiwa. Jakarta

- Mohr, W. K. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P.A. & Perry, A. G. (2005). *Fundamental of Nursing : Concepts, Process and Practice*. Philadelphia : Mosby Year Book Inc.
- Renidayati. (2008). *Pengaruh Social Skill Training pada Klien Isolasi sosial di RSJ H.B Saanin Padang, Tesis*. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Rawlin, William & Beck. (1998) *Mental Health Psychiatric Nursing a Holistic Life Cycle Approach*. 2nd edition. St Louis: Mosby Year Book.Inc
- Shives, L.R. (1998). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. (4th ed), Philadelphia : Lippincott.
- _____. (2005). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. (6th ed).Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins
- Smith & Segal. (2011). *Coping with Grief and Loss. Support fot Grieving and Breavement*. http://www.helpguide.org/mental/grief_loss.htm. Diperoleh tanggal 27 Mei 2013.
- Stuart, G.W & Sundeen. (1995). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (5th edition). St. Louis : Mosby
- Stuart, G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (7th edition). St Louis : Mosby
- Stuart, G.W (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (9th edition). St Louis : Mosby
- Suliswati, dkk. (2005). *Konsep Dasar keperawatan Kesehatan Jiwa*. Cetakan I. EGC. Jakarta.
- Tomey, M.A (2001). *Nursing Theories and Their Work*. The C.V. Mosby Company St.Louis : Mosby Years Book Inc.
- Tomey, A.M & Alligood, M.R. (2006). *Nursing Theories and Their Work*. (6th ed). St. Louis : Mosby Years Book Inc.
- Townsend, C.M. (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
- Utami, T.W. (2008). *Pengaruh Self Help Group terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Gangguan Jiwa di Kelurahan Sindang Barang Bogor, Tesis*. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Varcarolis, E.M. (2003), *Psychiatric Nursing Clinical Guide; Assesment Tools and Diagnosis* . Philadelphia: W.B Saunders Co

Varcarolis, E.M, Carson, V. B, Shoemaker, N. C. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: a Clinical Approach*. (5th ed). St. Louis: Saunders Elseviers.

Videbeck, S.,L. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd edition). Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkins.

_____. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Wilkinson, J.M. (2005). *Prentice Hall Nursing Diagnosis Handbook with Nic Intervention and Noc Outcomes*. (8th ed). New Jersey: Pearson Prentice Hall.

_____. (2007). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*. Edisi 7. Alih bahasa: Widyawati, dkk. Jakarta: EGC

WHO. (2001). *The World Health Report 2001*. World Health Organization

_____. (2006). *The Lancet*. London : Elseiver Properties SA. Publication Data.

_____. (2009). *Improving Health System and Service for Mental Health : WHO Library Catalouging-in-*

_____. (2011). *Skizofrenia*. http://www.who.int/mental_health/entity/. diperoleh tanggal 27 Mei 2013.

